

Année 1922

THÈSE

N° 426

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

VASILE ORTODOXU

Né le 22 Août 1892 à Galatz (Roumanie)

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

LIGAMENTOPÉXIE ET ISTHMOPÉXIE

dans les rétrodéviations utérines

Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1922

ASA



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

426
N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

VASILE ORTODOXU

Né le 22 Août 1892 à Galatz (Roumanie)

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

LIGAMENTOPÉXIE ET ISTHMOPÉXIE

dans les rétrodéviations utérines



Président : M. GOSSET, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER.

ASSESSEUR : M. POUCHET

MM.

les Professeurs

Anatomie descriptive.....	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO.
Histologie.....	PRENANT.
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Chimie.....	DESGREZ.
Physique médicale.....	André BROCA.
Parasitologie.....	BRUMPT.
Bactériologie.....	BEZANÇON.
Physiologie.....	RICHE.
Pathologie expérimentale.....	ROGER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie chirurgicale.....	LECENE.
Pathologie médicale.....	N...
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	CARNOT.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Hygiène.....	Léon BERNARD.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine.....	MENETRIER.
	GILBERT.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	CHAUFFARD.
Clinique thérapeutique.....	WIDAL.
	VAQUEZ.
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN.
	LEJARS.
	DELBET.
	GOSSET.
Clinique obstétricale.....	BAR.
	COUVELAIRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	BRINDEAU.
— des maladies contagieuses.....	JEANSELME.
— des maladies nerveuses.....	TEISSIER.
— des maladies mentales.....	P. MARIE.
— infantile médicale.....	CLAUDE.
— d'hygiène de la première enfance.....	NOBECOURT.
— infantile chirurgicale.....	MARFAN.
— des voies urinaires.....	Auguste BROCA.
— gynécologique.....	LEGUEU.
— ophtalmologique.....	FAURE.
— oto-rhino-laryngologique.....	DE LAPERSONNE.
— propédeutique.....	SEBILEAU.
	SERGEANT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	DESMAREST.	LANGLOIS.	PHILIBERT.
ABRAMI.	DUVOIR.	LARDENNOIS.	RATHERY.
ALGLAVE.	FISSINGER.	LE LORIER.	REITERER.
BASSET.	GARNIER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BEAUDOUIN.	GOUGEROT.	LEREBOULLET.	RICHAUD.
BLANCHETIERE.	GUENIOT.	LEQUEUX.	ROUSSY.
BRANCA.	GUILLEMINOT.	LERI.	ROUVIERE.
CAMUS (J.).	GREGOIRE.	LEVY-SOLAL.	SCHWARTZ.
CHEVASSU.	HEITZ-BOYER.	MATHIEU.	TANON.
CHAMPY.	JOYEUX.	METZGER.	TERRIEN.
CHIRAY.	LABBE. (H.).	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
CLERC.	LAIGNEL-LAVASTINE.	MULON.	VILLARET.
DEBRE.		OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS.

Témoignage de profonde reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR A. GOSSET,

*qui a bien voulu me faire le grand hon-
neur d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A MON MAÎTRE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. DESMAREST,

*à qui je suis redevable de mon sujet de
thèse.*

A MON REGRETTÉ MAÎTRE, M. H. CHAPUT

*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

MM. BAUMGARTNER, BEURNIER, BRAULT, CAMUS,
FAISANS, RECLUS ROUBINOVITCH, TUFFIER.

AVANT-PROPOS

C'est à la bienveillance de notre maître, Monsieur le professeur agrégé Desmarest, que nous devons le sujet de notre thèse:

Ligamentopéxie et isthmopéxie dans les rétrodéviations utérines.

Notre but, dans le court exposé qui suit, sera de préciser les circonstances au cours desquelles l'on peut être appelé à utiliser ce procédé.

Notre maître, Monsieur Desmarest, a eu l'occasion de combiner plusieurs fois l'isthmopéxie à la ligamentopéxie, et ayant pu voir quelques-unes de ses opérées, après un temps plus ou moins long, nous nous sommes convaincu des bons résultats obtenus et de la simplicité de la technique.

Les observations, que nous devons à notre maître Monsieur Desmarest, et que nous relatons à la suite de notre travail, témoignent des réels avantages que présente son emploi.

INTRODUCTION

La valeur de la ligamentopexie dans le traitement des rétro-déviation utérines n'est plus discutable, les statistiques des résultats obtenus, sont assez concluants, pour permettre d'affirmer qu'il faut traiter chirurgicalement les retrodéviation utérines.

Il existe deux sortes de rétrodéviation utérines: d'une part les rétrodéviation congénitales, et d'autre part les rétrodéviation acquises.

1° Les rétrodéviation congénitales, difficiles parfois à affirmer, paraissent aller de pair avec des altérations ligamentaires, qui les commandent. La lésion essentielle est ici le faible développement du système ligamentaire, constaté opératoirement; en même temps que, souvent une atrophie du corps utérin, qui n'a pas subi au moment de la puberté son développement normal.

2° Les rétrodéviation acquises.

Elles sont de deux sortes:

- a) Les rétrodéviation non adhérentes;
- b) Les rétrodéviation adhérentes.

Les adhérences sont dues soit à l'existence d'une salpingite uni, ou le plus souvent bilatérale; soit à des adhérences pelviennes sans lésions marquées des trompes.

C'est dans ces variétés de rétrodéviations acquises que l'acte chirurgical permet de corriger le déplacement et de parer les accidents douloureux, liés à la situation anormale du corps utérin, réductible ou non réductible. Nous n'avons pas l'intention de reprendre l'étude clinique des rétrodéviations utérines, elle est classique. Notre but est d'étudier la valeur des opérations faites pour redresser et libérer l'utérus rétrodévié.

Si nous posions en principe qu'à ces différents cas de rétrodéviations, congénitales ou acquises, réductibles ou non réductibles, la fixation des ligaments ronds, par le procédé de Doléris-Gosset (sur lequel nous reviendrons) est capable dans tous les cas de donner un résultat heureux, notre travail serait sans objet; mais nous voulons démontrer par l'étude de l'Anatomie Pathologique des lésions, par les résultats obtenus, que la ligamentopexie ne peut pas toujours seule corriger exactement la rétrodéviation; que dans ces cas, rares peut-être, mais certainement existants, il faut recourir à un temps opératoire complémentaire, pour fixer l'isthme utérin et grâce à cette isthmopexie, corriger efficacement le déplacement pathologique et en empêcher le retour.

ÉTUDE ANATOMIQUE DES LÉSIONS

DES RÉTRODÉVIATIONS ACQUISES

1° Etude de l'Utérus

- a) RéTRODÉVIATIONS non adhérentes.**
- b) RéTRODÉVIATIONS adhérentes.**

Dans les deux cas, la lésion essentielle, c'est la bascule en arrière du fond et du corps de l'utérus, venant se placer dans le cul-de-sac de Douglas. A l'antéversion normale, caractérisée par une flexion du col sur le corps, à peine appréciable par le toucher, flexion autour d'un axe passant par l'isthme, a succédé un déplacement inverse; l'angle ouvert en avant, que forme normalement le col et le corps utérin, est maintenant un angle ouvert en arrière; angle plus ou moins accusé, suivant qu'il s'agit simplement d'un utérus, dont ce déplacement en arrière est à peine marqué, ou suivant que le corps utérin s'est infléchi de plus en plus, autour de l'axe transversal passant par l'isthme.

C'est dire qu'en fait — la notion est classique — tous les degrés peuvent exister dans la rétrodéviatiOn utérine, depuis l'utérus ballant jusqu'à la rétrodéviatiOn tellement accusée que la face antérieure de l'utérus devenue postérieure n'est plus accessible que par la paroi antérieure du rectum.

C'est dire aussi, selon nous, que dans une forme très accusée de rétrodéviatiOn, la rétroversion est presque toujours combinée à une rétroflexion.

Telle est la lésion essentielle, mais la difficulté commence lorsqu'il s'agit, d'en connaître vraiment la cause.

A dire vrai nous ne voulons pas rentrer dans cette question de pathogénie. Ce que nous constatons opératoirement c'est qu'il y a deux grandes variétés dans l'aspect du corps utérin :

1° Il existe toute une série de cas dans lesquels le corps utérin rétrodévié est : de forme, de volume, d'aspect extérieur normaux, ces cas paraissent ressortir d'une variété de malades, chez lesquelles les moyens de soutien des organes sont déficients, le type en est la rétrodéviation des ptosiques. Chez ces malades il semble que l'utérus, au même titre que la masse intestinale, que le foie ou le rein, tendent à se déplacer vers le bas, il trouve dans le cul-de-sac de Douglas une sorte de poche toute prête à le recevoir ; on peut même se demander si l'insuffisance du plancher périnéal ne permet pas l'allongement de ce cul-de-sac. Mais si, dans une certaine mesure, cet allongement progressif de la séreuse n'aide pas au déplacement du corps utérin, il suffirait de rappeler que la simple observation de ce fait a permis, à M. Marion d'en tirer une déduction pratique, la suture des feuillets antérieurs et postérieurs du cul-de-sac de Douglas, permettant l'effacement de ce cul-de-sac et considéré par lui comme un mode de traitement de la rétrodéviation utérine, ne trouvant plus le recessus péritonéal dans lequel l'utérus vient se placer, l'organe ne peut plus subir le déplacement caractéristique des lésions que nous étudions.

En regard de ces cas dans lesquels l'utérus est normal dans sa forme, son volume, son aspect, il faut placer les cas nombreux dans lesquels il existe une altération de l'utérus ; nous laissons de côté les cas dans lesquels un fibrome dévelop-

pé aux dépens de la paroi postérieure, peut entraîner par son poids la déviation de l'organe, nous ne voulons envisager que les altérations de l'utérus, décrites sous le nom de métrite.

L'influence de l'infection chronique d'une muqueuse utérine détermine des modifications macroscopiques d'une part, microscopique d'autre part, des tissus musculaires et élastiques au niveau de l'isthme et au niveau du corps utérin.

Macroscopiquement il s'agit de gros utérus lourds, avec col volumineux et ouvert ; à l'œil nu la muqueuse est épaissie. Elle est inégale à sa surface, nous dit Cornil, elle est boursouflée, molle, pulpeuse.

Microscopiquement, en dehors des lésions de la muqueuse utérine il est des métrites chroniques, où les hémorragies reconnaissent pour cause, non pas une altération des vaisseaux, mais des lésions du muscle utérin lui-même, dont les fibres sclérosées, dissociées par des travées de tissu conjonctif, perdent leur contractilité et deviennent impuissantes à arrêter l'écoulement sanguin. (Theilhaber).

Il résulte :

1° Du fait de l'augmentation du poids de l'organe,

2° Du fait de l'altération du tissu musculaire, dont le rôle est indiscutable dans la statistique utérine, une tendance de l'organe à prendre peu à peu une situation inverse de celle qu'il occupe normalement.

Les rétrodéviations de ces malades chez lesquelles un gros utérus douloureux apparaît cliniquement irréductible, alors qu'opératoirement on ne trouve aucune adhérence.

Disons tout de suite que souvent ces métrites s'accompa-

gnent de lésions salpingiennes qui peuvent, par les adhérences pelviennes qu'elles commandent, fixer dans le Douglas, l'utérus retroversé.

Mais ces cas nous intéressent moins. En effet, si les lésions salpingiennes prédominent, pratiquement la question se résoud par une intervention dont l'objet essentiel est de supprimer la salpingite, la question de la rétrodéviatiion devient tout-à-fait secondaire.

Seuls pourraient être intéressants, pour nous, les cas dans lesquels, étant donné l'âge de la malade, l'existence de lésions salpingiennes très atténuées, la question de la rétrodéviatiion utérine l'emporterait sur celle du traitement de la salpingite concomitante.

Mais en fait de tels cas sont d'une discrimination difficile et les résultats obtenus dans la correction de la déviation, par le traitement chirurgical, seront toujours à plus ou moins brève échéance, contrariés par l'existence d'une lésion salpingienne. Plus intéressants seraient les cas d'altération du corps utérin avec rétrodéviatiion légèrement adhérente, due à l'existence d'une périmétrite sans altérations réelles des salpinxes et des ovaires.

Ces cas sont rares et leur traitement se confond avec celui des rétrodéviations par grosse métrite parenchymateuse.

A côté des lésions du corps utérin, l'étude anatomo-pathologique des altérations liées à la rétrodéviatiion utérine, doivent avant tout porter sur les ligaments ronds.

Là, trois cas peuvent se présenter:

1° Ou bien les ligaments ronds sont, ou paraissent augmentés dans leur longueur, du fait de la déviation utérine; mais ils ont un aspect normal, une consistance normale, une

souplesse et une élasticité normales ;

2° Dans un grand nombre de cas, particulièrement chez les ptosiques, les ligaments ronds, soit d'un seul côté, soit des deux côtés, apparaissent non seulement augmentés dans leur longueur, mais comme amincis, étirés ; leur volume est moitié moindre du volume normal, c'est à peine s'ils accusent près de leur origine utérine, leur existence, sous la forme d'une petite saillie, ébauche du ligament qui, normalement constitue l'aileron antérieur. Plus bas rien ne marque l'existence de ce mince cordon. Cette disposition peut se rencontrer d'un seul côté, alors que du côté opposé le ligament rond peut être normalement développé ;

3° A cette forme atrophique il faut opposer dans des cas plus rares, l'existence de ligaments ronds hypertrophiés, ce sont des cordons épais, soulevant fortement le péritoine antérieur. L'aileron antérieur est ici très accusé, il existe une sorte de dépression péritonéale analogue à celle que forment en arrière les ligaments utéro-sacrés.

Ces ligaments hypertrophiés, saillants, ont une consistance ferme, une sorte de dureté anormale, il suffit d'exercer une traction pour voir que leur élasticité est considérablement diminuée.

De telles lésions s'observent, rarement il est vrai, dans des cas de métrite ancienne, des altérations que nous avons signalées au niveau de l'utérus se retrouvent sur ces ligaments

Et nous verrons de quelle importance opératoire elles sont.

THÉRAPEUTIQUE

De ces notions anatomo-pathologiques découle la thérapeutique chirurgicale actuellement acceptée par tous.

Si le traitement opératoire n'est pas le seul moyen de combattre les rétrodéviations utérines, on est en droit de dire qu'il est incontestablement le plus efficace. Les indications du traitement des rétrodéviations sont tirées des signes cliniques et en particulier des signes douloureux et réflexes liés au déplacement utérin. Le choix du procédé opératoire est fonction de l'état de l'utérus d'une part, et de l'état des ligaments d'autre part, et se trouve conditionné par l'âge de la malade.

La rétrodévation utérine des jeunes femmes susceptibles de concevoir, ne saurait sous aucun prétexte être traitée par la fixation directe du corps utérin à la paroi abdominale. Hystéropexie.

Cette opération ne peut convenir qu'à des femmes plus âgées, chez lesquelles la maternité n'a plus grande chance d'être possible. D'ailleurs il n'entre pas dans le cadre de ce travail d'insister sur l'hystéropexie.

Tout l'intérêt de la thérapeutique chirurgicale repose donc sur l'étude des ligamentopexies.

Le procédé le plus employé, celui qui est actuellement classique, est le procédé de Doléris-Gosset. A qui veut à l'heu-

re actuelle connaître la technique du Doléris il suffit de se reporter au remarquable article du professeur Gosset, publié dans le *Journal de Chirurgie* de 1912 n° 6 page 685.

L'excellence des figures, la netteté du texte, le fond de cet article, est un véritable modèle. Il nous suffira de rappeler les temps principaux de cette excellente opération :

1° Incision courbe sus-pubienne ;

2° Incision verticale des muscles, aponévrose et péritoine, qui ne doit pas descendre jusqu'au pubis, mais s'arrêter à trois centimètres au-dessus ;

3° Appendicectomie ;

4° A travers chaque muscle droit, à deux centimètres au-dessus du bord supérieur du pubis et à un centimètre en dehors de la ligne médiane on attire les ligaments ronds ;

5° On les adosse par la convexité de leurs anses et on les fixe avec des points à la soie fine, d'abord l'un à l'autre, puis chacun d'eux est fixé à l'orifice aponévrotique ;

6° Fermeture.

Nous nous excusons de cette énumération sèche et rapide des temps opératoires de ce procédé, mais l'article serait à citer en entier, et non illustré, une telle citation perdrait une grosse partie de sa valeur.

Sans doute on peut apporter quelques variantes dans l'exécution du procédé de Doléris-Gosset ; c'est ainsi et dans certains cas, lorsque les ligaments ronds sont relativement peu développés et lâches, on peut faire passer l'anse ligamenteuse attirée à travers la boutonnière du muscle droit, dans un orifice obtenu par l'effondrement des lames péritonéales qui accompagnent hors de l'abdomen l'anse ligamenteuse, du côté opposé. On obtient ainsi une sorte de croisement en

X, qui permet de solidariser plus fortement à l'aide de toute une série de fils de lin ces deux anses ligamenteuses, et de les fixer, en haut et en bas, par un fil de lin qui prend les bords supérieurs et inférieurs des ligaments et traverse d'autre part les deux lèvres aponévrotiques; il en résulte un petit bourrelet ligamenteux, intimement uni à la paroi et que le poids normal de l'organe ne pourra pas détacher; il en résulte, d'autre part, grâce à l'allongement qu'on fait subir aux anses entrecroisées une situation plus correcte de la partie supérieure de la face antérieure de l'utérus.

Ce qu'on pourrait peut-être reprocher au procédé de Doleris-Gosset, c'est qu'en effet la ligamentopexie a tendance à placer l'utérus dans une position un peu anormale, l'organe n'est pas comme, normalement, en antéflexion, le fond se rapproche de la paroi abdominale, l'isthme en reste éloigné. C'est une des raisons, jointe à celle qu'on a donnée comme la possibilité en traversant le muscle droit d'intéresser un vaisseau, d'entraîner la formation d'une hématoïde, pour opposer au procédé de fixation transpariétale antérieure un procédé inverse dont Dartigues s'était fait le défenseur.

PROCÉDÉ DARTIGUES

On sait que ce procédé consiste : à travers un orifice créé dans les deux feuillets de la partie supérieure, avasculaire, du ligament large, à attirer les deux ligaments ronds et à les unir l'un à l'autre d'une part, et au corps utérin d'autre part, pour créer une sorte de sangle, redressant et soutenant l'utérus. Le procédé est à priori fort ingénieux, nous n'en avons pas l'expérience, mais il ne nous paraît pas échapper aux critiques, que nous allons formuler tout à l'heure, touchant à l'efficacité des ligamentopexies seules.

Ces critiques nous conduiront à montrer que dans un certain nombre de cas, rares peut-être, mais qu'on ne saurait négliger, il faut adjoindre à la ligamentopexie la fixation de l'isthme utérin — isthmopexie.

INDICATIONS

Si la ligamentopexie dans les rétrodéviations utérines permet de corriger la position anormale de l'organe, il semble bien que dans certains cas elle ne replace pas l'utérus dans l'antéposition qui est sa situation normale, elle suspend le fond de l'utérus par deux sortes de cordes qui le fixe indirectement aux muscles de la paroi abdominale.

Nous avons vu, chemin faisant, qu'il est des utérus gros, lourds, utérus atteints de métrite chronique, dont le poids, au point de vue des résultats opératoires, n'est pas à négliger.

On conçoit que dans ces cas, l'organe puisse, à la longue, tirer sur son attache, distendre la portion ligamenteuse, même solidement fixée, et entraîner un déplacement en arrière plus ou moins marqué. Ceci ne va jamais peut-être jusqu'à la récurrence, mais une telle traction ne laisse pas d'être douloureuse, comme nous a été donné d'en observer un cas:

OBSERVATION N° 1. — Madame B..., âgée de 30 ans, opérée le 6 juillet 1917 pour *rétroversion utérine douloureuse, non adhérente*. Symptômes d'appendicite chronique. Après appendicectomie, fixation des ligaments ronds, peu développés, suivant le procédé Doléris-Gosset. On note dans l'observation qu'on fixe ces ligaments avec le plus grand soin, et dans la région de l'isthme où passe un fil de soie qui est

noué dans la paroi. La pose du fil était commandée par le volume de l'utérus, gros et lourd, et par la faiblesse des ligaments ronds, l'organe paraissait presque suspendu verticalement par son fond, et les ligaments semblaient ne pas pouvoir résister à la traction exercée par l'organe.

Trois ans après, pour des accidents douloureux annexiels — gros ovaires scléro-kystiques — pour lesquels la malade exigea une nouvelle opération, j'ai pu constater que le fond de l'utérus s'était déplacé progressivement en arrière, sans cependant retomber dans le Douglas. Le ligament rond, du côté droit, s'était séparé du ligament rond gauche qui, plus volumineux, restait inclus dans la paroi et l'utérus était suspendu par une seule corne; il fallait fixer à nouveau ce ligament au cours de la deuxième intervention.

* * *

Je ne doute pas que si le point isthmique n'avait pas soulagé les ligaments ronds de la traction exercée par l'utérus, je ne me sois trouvé en présence d'un utérus presque complètement tombé en arrière.

Donc, le volume et le poids de l'utérus constituent pour nous une des indications de l'isthmopexie.

Mais ces indications ne sont pas seulement conditionnées par l'état du corps utérin, mais encore par l'état des ligaments ronds.

Nous avons insisté sur l'atrophie et la minceur de certains ligaments; sur l'épaississement, l'aspect un peu scléreux et la diminution de l'élasticité qui peuvent se rencontrer dans quelques cas de métrite invétérée.

Que les ligaments ronds soient faibles ou, comme le fait

nous est arrivé chez une de nos malades, que leur élasticité soit insuffisante pour qu'on puisse les attirer à travers les boutonnières des droits, dans l'un comme dans l'autre cas, il paraît indispensable d'ajouter à la ligamentopexie la fixation de l'isthme utérin.

Ce fil placé sur l'isthme rapproche de la paroi abdominale, la partie basse de l'utérus, il permet donc plus aisément aux ligaments ronds de jouer leur rôle de fixateurs. Aussi pensons-nous que la fixation doit être effectuée à l'aide de fils non résorbables.

Fidèle à l'enseignement du professeur Gosset, nous avons toujours opté dans notre pratique, aussi bien dans la fixation des ligaments ronds que de l'isthme, pour l'emploi de fils non résorbables.

On est en droit de penser qu'entre deux surfaces péritonéales non avivées, aucune adhérence ne doit s'établir, lorsque le calgut s'est résorbé, la soie ou le fil de lin ont l'avantage, au cours de leur enkystement, de déterminer plus sûrement les adhérences, ou tout au moins de maintenir l'organe dans la situation voulue.

Technique de l'Isthmopexie

Nous faisons donc au point de vue opératoire, dans les cas indiqués, précéder la ligamentopexie d'un petit temps opératoire qui consiste :

L'utérus étant maintenu par une pince mousse, à passer un peu au-dessus de l'insertion vaginale, à peu près au niveau du point où le péritoine utérin se réfléchit sur la vessie, une soie, qui est conduite à travers l'isthme, les chefs traversent

le péritoine et les muscles droits à peu près à la hauteur du point utérin, noués ils vont soulever l'utérus, au niveau de son isthme — c'est-à-dire au niveau de la charnière, point qui est considéré en anatomie comme le centre de soutien et de fixité de l'organe. Le point une fois placé et serré, le péritoine est fermé, les muscles suturés de haut en bas et les ligaments ronds — qui ont été suturés en dehors à travers deux boutonnières pratiquées dans l'épaisseur des droits — sont fixés l'un à l'autre et à la partie inférieure de l'incision, si les tissus aponévrotiques ont été incisés bas. Si l'on s'en tient à l'excellente pratique du professeur Gosset, les ligaments sont fixés l'un à l'autre et aux bords externes des boutonnières aponévrotiques.

Ce procédé d'isthmopexie est, nous n'en doutons pas, un procédé qui n'a rien d'original en soi, nous sommes persuadé que bien des chirurgiens, au cours de leur pratique, ont été conduits à la même nécessité de fixer l'isthme, pour assurer le résultat d'une ligamentopexie, que les conditions anatomiques leur faisaient apparaître comme un peu aléatoire. Nous n'en voulons pour preuve que le travail de Santé-Solieri — dont l'analyse a été publiée par M. Baumgartner dans le *Journal de Chirurgie* — c'est un procédé mauvais, dit l'auteur, que la fixation de l'utérus à la paroi abdominale, lorsque la femme est susceptible de devenir enceinte, il faut employer une technique qui laisse à l'organe une certaine mobilité. Si l'on était obligé de fixer l'utérus lui-même on ferait une fixation de l'isthme et on compléterait l'intervention par des massages, hydrothérapie pour amouplir les ligaments et permettre à l'utérus un développement normal en cas de grossesse. »

Nous ajoutons, nous, on complétera l'intervention par une

ligamentopéxie qui, on le sait, ne gêne en rien le développement normal de la grossesse.

Nous cédon's à ce propos au désir d'ajouter une observation à celles déjà nombreuses publiées sur ce point.

OBSERVATION N° 2. — Madame J., âgée de 25 ans. *Rétrodéviati'on non adhérente, fixation par le procédé Doléris-Gosset, à la soie.* Quatre ans après, grossesse normale, accouchement à terme et normal, délivrance normale. Malade revue deux ans après, en très bon état, et la rétrodéviati'on ne s'était pas produite.

* * *

Il serait intéressant de savoir si, au point de vue de l'accouchement, le fait de pratiquer une isthmopéxie peut avoir des inconvénients, nous ne le pensons pas, mais il ne nous a pas été donné de retrouver, parmi nos opérées, une malade ayant depuis la ligamento-isthmopéxie présenté une grossesse. Chacun sait qu'il est difficile, dans une grande cité comme Paris, où la clientèle hospitalière se déplace avec une facilité trop grande, de suivre les malades opérées, ou de pouvoir les joindre quand on a besoin de compléter une observation. Nous sommes donc dans l'impossibilité d'apporter un fait probant, mais, d'accord avec M. Baumgartner, notre conviction est qu'il ne saurait exister au niveau du fil placé sur l'isthme, ni modifications structurales du tissu utérin, ni adhérences assez intimes, ni assez étendues avec la paroi abdominale, pour gêner le développement d'un utérus gravide. A notre sens, la seule objection que l'on peut faire à l'isthmopéxie, serait plutôt d'ordre inverse. On peut nous objecter: savez-vous ce que devient le fil placé sur l'isthme et savez-

vous si, pratiquement, il présente les avantages que vous lui accordez un peu théoriquement ? On est en droit de nous dire — est-ce que ce fil placé sur l'isthme, qui ne peut pas être enfoncé profondément, par crainte de le faire pénétrer dans la cavité utérine — ce qui ne serait pas sans inconvénient.

Est-ce que ce fil sur lequel on exerce une traction au moment où les deux chefs sont noués dans la paroi, ne va pas couper les tissus et petit à petit perdre cette valeur de point d'appui que vous lui accordez ?

L'observation n° 1 est en notre faveur, car nous avons vu les ligaments ronds lâcher, mais le point isthmique se maintenir.

Nous ne pouvons apporter en faveur de notre thèse que trois observations qui montrent que les malades sont soulagées, que l'utérus se maintient bien suspendu, tout en gardant sa mobilité normale.

Nous restons convaincu que la ligamentopexie par le procédé Doléris-Gosset demeure par excellence l'opération qui doit être pratiquée dans tous les cas de rétrodéviation utérine, chez les femmes en âge de concevoir, mais jusqu'à plus ample informé, nous restons également convaincu que si l'utérus est gros et lourd, si les ligaments ronds sont relativement faibles, la ligamentopexie reste une opération acceptable, à condition d'y joindre la fixation de l'isthme. Nous restons convaincu que dans des cas, très rares il est vrai, où l'élasticité des ligaments ronds ne permet que difficilement d'exécuter une bonne ligamentopexie, la fixation de l'isthme, en rapprochant l'utérus de la paroi abdominale, facilite la suture des ligaments et aide à l'obtention du résultat qu'on est en droit d'attendre de cette fixation. Il n'y a pas d'objection

grave contre l'isthmopéxie, sans doute elle pourrait exposer, si elle était mal faite, à la blessure d'un des vaisseaux utérins, mais c'est là une question personnelle, et nous ne nous sommes jamais trouvé ennuyé de ce fait.

OBSERVATION N° 3. — Madame B., âgée de 31 ans. *Rétroversion utérine très douloureuse*. Opérée le 11 février 1921. Utérus gros, complètement tombé en arrière, les ligaments ronds assez bien développés. Fixation isthmique par un fil de soie. Ligamentopéxie procédé Doléris.

Malade revue un an après en bonne santé, ne ressent plus aucun des troubles d'avant l'opération. Le toucher vaginal nous fait sentir un col normal, regardant en bas et légèrement en arrière, le fond de l'utérus au niveau de la symphyse, en antéflexion normale, il est mobile, non douloureux.

OBSERVATION N° 4. — Madame G., âgée de 28 ans. Opérée le 1^{er} octobre 1920. Avant l'opération, douleur dans le bas ventre avec irradiations dans la cuisse droite, non soulagée par le décubitus dorsal. Douleur continue avec exagération au moment des époques, qui durent environ 15 jours.

Ligamento-Isthmopéxie.

Après l'opération. — La malade, revue deux ans après, nous dit: que les douleurs ont complètement disparu, les règles sont normales et ne durent que quatre jours.

Le toucher vaginal nous fait sentir un col normal, regardant en bas et légèrement en arrière, le fond de l'utérus on le sent à la hauteur de la symphyse, il est mobile, non douloureux.

CONCLUSIONS

C'est pourquoi nous nous croyons en droit de conclure:

1° Les rétrodéviations utérines douloureuses doivent être traitées par la fixation des ligaments ronds, à travers les muscles droits, suivant le procédé Doléris-Gosset.

Les résultats obtenus par cette intervention sont regardés, à juste titre, comme excellents;

2° Dans les cas où le développement du corps de l'utérus, le poids de l'organe, rendent plus aléatoires les résultats de la ligamentopexie, la fixation de l'utérus au niveau de l'isthme — isthmopexie — par une soie ou un fil de lin, aide à soutenir l'organe en bonne position, grâce au double point d'appui que fournissent à l'utérus, d'une part les ligaments ronds, fixés en haut dans la paroi abdominale, d'autre part le fil passé en bas au niveau de l'isthme et noué dans la paroi;

3° Dans les cas de ligaments ronds atrophiés, paraissant trop faibles pour suppléer définitivement à la bascule de l'utérus — l'isthmopexie — en fixant la partie basse de l'organe, empêche l'utérus d'exercer une traction aussi puissante et aussi continue sur l'attache intra-pariétale des ligaments ronds opératoirement fixés;

4° Pour les mêmes raisons, dans les cas rares, où la perte de l'élasticité des ligaments ronds, due à une sorte d'inflammation chronique de ces ligaments, l'isthmopéxie complète heureusement et facilite la ligamentopéxie;

5° L'isthmopéxie ne saurait présenter aucun des désavantages de l'hystéropéxie. Non douloureuse, ne paraissant pas compromettre l'évolution d'une grossesse. L'isthmopéxie mérite d'être, dans certains cas, associée à la ligamentopéxie.

Vu : le Doyen,
H. ROGER.

Vu : le Président,
GOSSET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- 1° DOLÉRIS. *De l'opération du raccourcissement des ligaments ronds* (Nouvelles Archives d'Obstétrique 1886, p. 10, 69, 158, 229).
 - 2° DOLÉRIS. Nouvelles Archives d'Obstétrique 1889, p. 70-72
 - 3° DOLÉRIS. La Gynécologie, 1898 p. 494-501, 1902 p. 385.
 - 4° DOLÉRIS. Journal de Médecine de Paris, 1898 p. 573-575.
 - 5° GOSSET. Journal de Chirurgie 1912, n° 6 p. 685.
 - 6° FIGUIERA. *Traitement de la rétrodéviatiion de l'utérus à l'état de vacuité et pendant la grossesse* (Thèse Paris 1902-1903).
 - 7° SANTÉ SOLIERI. *Hystéropéxie et grossesse* (Berliner Klinische Wochenschrift tome XLVII).
 - 8° S. POZZI. *Traité de Gynécologie*.
 - 9° A. BAUMGARTNER. Journal de Chirurgie 1911, p. 242.
-

SAUMUR — IMP. COUBARD, CHEVALIER, 2^e
